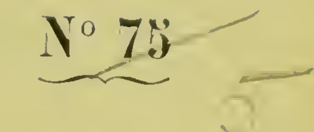
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PROSTATITES CHRONIQUES



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE



DES

PROSTATITES CHRONIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1907

PAR

Gaston REVERDY

Né à Maureilhan (Hérault), le 22 novembre 1880



Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

—

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET ✻ .... Doyen.
SARDA .... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET ✻.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN ✻.
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET ✻.
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE ✻.
Clinique ophtalmologique	TRUC ✻.
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS ✻, GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillard	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIÈRE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.)
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. TEDENAT, *président.*
De ROUVILLE, *profess.-adjoint.*
MM. LAPEYRE, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

A LA MÉMOIRE DE JEAN BOISSEZON

A MES CHERS PARENTS

A MA SOEUR

A MES AMIS

G. REVERDY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A TOUS MES MAITRES

G. REVERDY.

INTRODUCTION

L'étude de la prostatite chronique, après avoir passé par une période de discussions tant au point de vue étiologique que de ses manifestations symptomatiques, paraît actuellement mieux fixée. C'est ce qui nous a conduit aujourd'hui à envisager cette affection dans ses grandes lignes, nous basant plus particulièrement sur les constatations cliniques que nous avons pu faire dans le service de M. le professeur Tédenat.

Ce modeste travail a été entrepris sous son inspiration et exécuté sous sa direction. Nous regrettons de ne pouvoir lui offrir qu'un travail indigne de ses bontés et de ses soins. Nous sommes heureux et fier de lui adresser l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection. Nous osons croire qu'il sait assez à quoi s'en tenir sur nos sentiments pour n'en considérer ce témoignage que comme une bien faible expression.

Par son enseignement plein d'expérience, par ses démonstrations quotidiennes au lit des malades, M. le professeur Carrieu, dont nous fûmes longtemps l'élève, a fait notre étude médicale ; nous ne l'oublierons point. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

Nos autres Maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux ont été pour nous des guides précieux, et c'est moins un usage respectable que le sentiment très vif de ce que nous leur devons qui nous invite à inscrire en tête de ce travail les noms de MM. les professeurs Granel, Soubeyran, Lapeyre, De Rou-

ville, Ducamp, Baumel, Vallois. Nous leur exprimons nos regrets d'être obligé de nous éloigner de leurs chaires où nous avons pieusement recueilli leur enseignement. Nous nous sommes efforcé par notre assiduité de rendre hommage à leur science et nous avons quelque fierté d'avoir été leur élève.

Nous remercions cordialement Jean Anglada dont le savoir et l'amitié nous sont également précieux.

Enfin nous souhaitons aux jeunes camarades que nous laissons, d'heureuses études couronnées de succès ; à nos vieux amis, une carrière pleine de prospérité et de bonheur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PROSTATITES CHRONIQUES

HISTORIQUE

La pathologie des organes génito-urinaires a de tout temps été l'objet de nombreux travaux ; sans remonter à Hippocrate et aux Arabes, qui essayèrent les premiers, dit-on, une étude de ces organes, et citant seulement pour mémoire Devault et Morgagni qui, en leur temps, firent les meilleures descriptions des prostatites, nous mentionnerons que Lagneau, en 1815, étudia le premier l'inflammation aiguë et chronique de la prostate. Dans le Dictionnaire de médecine de 1837, Ollivier, confondant prostatite et hypertrophie, décrit aussi l'affection qui nous occupe. La même confusion fut faite par Chopart, Amussat, Mercier, Verdier, Civiale, Velpeau, Ledewich, et dura pendant tout le XVIIIe siècle et une partie du XIXe.

Lallemand, en 1836, étudia les affections de la prostatite et arriva à ces conclusions que la prostate n'était pas toujours d'origine vénérienne, qu'elle avait un grand retentissement sur le système nerveux et qu'elle pourrait

exister chez des gens indemnes de blennorragie, mais ayant fait des excès de coït.

Deslandes, l'année suivante, considère la prostatorrée comme une conséquence de la masturbation, confondant prostatorrée et spermatorrée malgré la distinction qu'avait faite le premier en 1809 Swediaur.

En 1857, Béraud étudie l'écoulement prostatorréique *au microscope* et en donne une bonne description. Après lui Deniau (1865), Boulonnié (1871), Guérin (1879), Mayet (1896), décrivent la prostatite subaiguë.

Gross (1880), Thompson (1881), Voillemier, Le Dentu (1881), complètent l'étude de Béraud.

Dans ses leçons cliniques, Guyon insiste sur l'état nerveux particulier du prostatique et trace une excellente description clinique de la maladie que nous étudions ; pour la soigner, il préconise les instillations de sels d'argent et le massage de la prostate.

Enfin, de nombreux auteurs allemands ont mis au point diverses questions restées encore obscures. Nous citerons leurs noms au cours de notre étude.

Les rapports entre l'hypertrophie de la prostate et la prostatite ont été étudiés de nouveau de 1896 à 1900 par Motz, Albarran, Halle 1900, Reliquet et Guépin. En 1902, une thèse de Lecomte, appuyée sur 15 observations, étudie toute une série de prostatites d'origine non blennorragique. Gaillard, la même année, expose une revue générale des prostatites chroniques. Après lui, A. von Frisch, auquel nous avons fait d'importants emprunts, fait une étude très complète des maladies de la prostate. Enfin cette année-même R. Le Fur et Siredey publient un travail consacré aux maladies des organes génito-urinaires et que nous avons largement consulté.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La prostatite est une complication très fréquente de la blennorragie; elle lui survient dans une proportion de 70 % (Erand, Montagnon), de 62 % (Colombini), de 80 % (Pezzoli), de 85 % (Casper). Finger, Franck, Bierrhoff vont jusqu'à dire qu'il n'y a aucune uréthrite postérieure qui ne s'accompagne de prostatite de degré variable.

Ayant uniquement en vue les formes plus ou moins intenses, les seules alors connues, des inflammations de la prostate, Jean-Louis Petit écrivait : *Presque tous ont été attaqués de chaudepisse et très peu avaient été méthodiquement soignés.*

Il est classique de dire : « In pueris suscipiendum est de verminibus, in feminis de menstruorum retentione, in masculis de syphilitica lue ; » et Tebaldo Cimino ajoute, se basant sur son expérience clinique : « et in veteribus blennorragicis de chronica prostatica. »

Au dire de Zeissl, la plupart des prostatites sont d'origine uréthrale et gonorréique.

Ces affirmations, ces chiffres diffèrent profondément de ceux de Guyon, de Furbinger, de Ballon, qui estimaient à 3 ou 4 % seulement les blennorragies compliquées d'inflammation de la prostate. Ils diffèrent aussi de la proportion indiquée par Jamin (29 prostatites sur 103 chaudepisses),

et de la statistique de Second (69 prostatites sur 98 étaient blennorragiques).

L'explication de ces divergences est aisée. Ces derniers auteurs ne notaient que les formes d'inflammation prostatique manifestées par des accidents plus ou moins intenses, et toujours nets de dysurie, de ténesme vésical et ano-rectal, de suppuration. Ils méconnaissaient les formes légères qui restent inaperçues, si on ne les recherche de parti pris, et auxquelles il faut savoir rapporter divers accidents, tels que : écoulements à répétition, états rhumatoïdes, troubles génitaux, ces derniers étant souvent mis uniquement sur le compte du système nerveux. Ils ignoraient qu'il existe chez les jeunes, mais surtout chez les vieillards, des prostatites centrales, qui vont parfois jusqu'à suppuration sans provoquer les symptômes considérés comme classiques.

On est, d'ailleurs, revenu sur la distinction trop absolue, établie par Guyon et ses élèves, entre l'urèthre antérieur et l'urèthre postérieur. Vraie au point de vue physiologique, cette division l'est moins dans bien des cas pathologiques, et l'inflammation gonococcique en particulier n'a aucun respect pour le sphincter uréthral. On sait maintenant que la blennorragie gagne souvent l'urèthre postérieur dans les huit ou dix premiers jours (Finger, Zeissl, Janet, Leguen.....) et que, dans presque tous les cas, elle est totale avant la troisième semaine. Devenue chronique, elle tend à se localiser aussi souvent dans la région prostatique que dans la région spongieuse. Dans ces diverses localisations elle ne reste pas à la surface de la muqueuse, mais envahit les appareils glandulaires (glandes de Littre, de Cowper, canaux et culs-de-sac de la prostate).

Notthaft (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1905),

d'après 1530 cas de gonorrée chronique, dit que la prostate est toujours prise dans les gonorrées anciennes, mais l'examen méthodique est nécessaire pour mettre en évidence l'existence de la prostatite, qui souvent ne se trahit par aucun symptôme appréciable. Il note que, dans 27 °/₀ des cas, le toucher rectal est négatif ; que par contre, dans 73 °/₀ des cas, le toucher rectal et l'examen des sécrétions, sans ou après massage de la prostate, donnent des résultats positifs. Il est bien démontré par les recherches de Notthaft, de Finger, de Goll, etc., que, en général, après deux ans, le gonocoque est rare, qu'après trois ou six ans on ne le trouve presque jamais. Il est supplanté par les staphylocoques, les streptocoques, les colibacilles, avec lesquels il vit difficilement en symbiose. Du reste, les expériences de culture faites par Grozs, par Krauss, ont montré que quand on associait, dans les bouillons où ils cultivent le mieux, le gonocoque avec le staphylococcus ou le bacille pyocyanique, le gonocoque ne cultivait pas au voisinage des deux autres microbes.

Il faut donc faire une très large part à la blennorragie aiguë ou chronique dans l'étiologie de la prostatite, et en même temps remarquer que, dans la plupart des cas les plus authentiques quelque peu anciens, le gonocoque n'intervient pas directement et ne fait qu'ouvrir la porte aux autres microorganismes et favoriser leur action pathogène.

Il existe un grand nombre de facteurs qui favorisent la localisation infectieuse chez les gonorréiques ou la rendent manifeste en l'exacerbant.

Nous les diviserons en *causes mécaniques ;*
causes physiques ;
causes physiologiques ;
causes infectieuses.

Causes mécaniques. — Cheval, bicyclette, chute sur le périnée, cathétérisme, irrigations uréthrales. White, président d'un cercle de cyclistes, affirme qu'il n'a jamais vu la prostatite survenir chez les cyclistes s'ils n'avaient eu ou n'avaient encore la blennorragie, et Fischer a pu dans quelques cas constater l'existence d'une grippe récente qui semblait être le facteur étiologique prépondérant ou même exclusif. Le cathétérisme, les irrigations uréthrales ne produisent aussi la prostatite que chez les sujets à urèthre infecté, à moins que l'infection ne soit apportée par la sonde ou le liquide d'irrigation.

Causes physiques. — Refroidissement. Il n'agit guère que chez les vieux prostatiques ; on a pourtant noté quelques cas de prostatite aseptique, *état congestif plutôt qu'inflammatoire*, chez des goutteux, des scrofuleux, des hémorroïdaires (Harrison, Le Fur, etc.). Mais il faut remarquer qu'il existe quelquefois des tuberculomes centraux de la prostate difficiles à percevoir par le toucher rectal, plus ou moins encapsulés dans un tissu de sclérose et qui sont une cause de poussée congestive (Harrison, Tédenat, Congrès de Lisbonne, 1906).

Causes physiologiques. — Ici nous noterons surtout le coït ; beaucoup d'auteurs ont fait remarquer que certains sujets atteints de prostatite endocanaliculaire chronique éprouvaient gène d'une longue continence et soulagement d'un coït modéré ; cette remarque est vraie. Par contre le coït excessif, prolongé, le coït reservatus, est une cause de congestion et d'exacerbation inflammatoire pouvant aller jusqu'à la suppuration.

Causes infectieuses. — Ces dernières agissent avec plus de fréquence et plus d'intensité chez les vieux blennorragiens porteurs de lésions aseptiques ou d'un état d'infection très atténué ; mais elles peuvent agir aussi chez des sujets qui n'ont jamais eu la blennorragie. L'infection peut avoir des sources multiples :

1° *Origine ano-rectale.* — Hémorroïdes simples ou suppurés, abcès, fissures (Albarran, Noguès, Stéphanescu, Le Fur). Dans ces cas, il est possible qu'il y ait tout simplement inflammation des tissus péri-prostatiques, difficile à distinguer de l'inflammation de la prostate elle-même. L'examen de l'urine permettra seul dans bien des cas, d'établir le diagnostic.

2° *Origine métastatique.* — Pyohémie (Weigert, Klebs, Desormeaux, Tuffier, Frisch).

Rougeole (Klebs). Variole (Pastureau).

Parotidite (Gosselin, Gutterbock, Klebs).

Fièvre typhoïde (Socin, Thalkner, Janet, Franck, Tédenat).

Influenza (Oberlander, Hogge, Escat, Desnos, Haddon, Païoz).

Furoncle (Solingen, 2 cas de Tédenat).

Phlegmon de l'avant-bras guéri déjà depuis trois semaines (Frisch).

MICROBES TROUVÉS DANS LA PROSTATITE

Le gonocoque, nous l'avons vu, joue un rôle considérable dans la préparation du terrain où vont régner en maîtres d'autres microorganismes. On l'a pourtant trouvé

assez souvent dans les prostatites récentes compliquant des blennorragies datant de moins de deux ans. Il est très rare dans les abcès prostatiques, bien que Finger, Walsch, Goldberg l'y aient trouvé quelquefois. On sait du reste que dans les abcès du rein des vieux blennorragiens, le gonocoque est excessivement rare et on ne connaît guère que 4 cas authentiques (Mémoire de M. le professeur Tédenat, Abcès du rein à gonocoques, néphrectomie, *Annales des maladies génito-urinaires*, 1er août 1907.)

En outre, M. le professeur Tédenat a trouvé une fois le gonocoque sur 10 cas examinés d'abcès prostatiques chez des blennorragiens.

Casper, pas 1 fois sur 30 cas.

Albarran, pas 1 fois sur 11 cas.

Lebreton, dans un cas de gonorrée aseptique datant de dix-huit mois, fit éclater dans l'urèthre, par massage, un abcès enkysté de la prostate contenant du gonocoque.

Franck cite un cas analogue (*Annales des maladies génito-urinaires*, 1904).

Les microbes les plus fréquemment rencontrés, soit dans l'écoulement après massage, soit dans le pus d'un abcès incisé, sont par ordre de fréquence :

a) Le staphylocoque (Tuffier, Sohngen, Hinrichsen, Goobell, Le Fur) ;

b) Le streptocoque (Albarran, Lecomte, Le Fur, Frisch) ;

c) Le colibacille (Barbacci, Cohn) ;

d) Et enfin quelques anaérobies étudiées par Albarran et Dunal.

VOIES D'INFECTION

Dans l'inflammation blennorragique de la prostate, il est légitime de penser que l'infection se fait par continuité de la muqueuse. L'inflammation gagne les canaux excréteurs en plus ou moins grand nombre ; elle peut s'y localiser ou gagner les culs-de-sac glandulaires et ainsi se constitue une prostatite endo-canaliculaire avec réaction plus ou moins intense du tissu interstitiel. Quand il s'agit de prostatites consécutives à des états infectieux de la région ano-rectale, il est possible que par contiguité des tissus l'infection gagne le parenchyme prostatique et respecte complètement ou relativement les conduits et culs-de-sac glandulaires. Enfin, dans les prostatites métastatiques dues à unè infection généralisée de l'organisme ou à un foyer infectieux lointain, deux modes d'infection de la prostate peuvent être mis en discussion :

1° *La voie sanguine*. Les microbes sont apportés par le courant circulatoire dans la prostate comme ils le sont dans les grandes séreuses viscérales, dans les synoviales articulaires, dans les nappes de tissu connectif des membres. Cette voie circulatoire est incontestable et probablement est la voie unique :

2° On pourrait admettre que les microbes éliminés par le rein et transportés par l'urine infecteraient au passage les orifices glandulaires prostatiques. A cette hypothèse, on peut objecter que l'activité infectieuse des microbes éliminés est très amoindrie et que leur contact avec la muqueuse de l'urèthre prostatique est très court.

Nous conclurons donc que l'infection se fait par voie circulatoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de l'anatomie pathologique des lésions observées dans les prostatites chroniques a été entreprise dès 1811 par Home, continuée en 1850 par Hamilton, en 1861 par Rokitansky. Esquissée par Gross en 1880, Voillemier, Verdier, Le Dentu 1881, elle a été complétée plus récemment par Thomson 1886 et Le Dentu. Enfin d'importantes recherches sur les caractères du liquide prostatorréique ont été faites en Allemagne par Finger 1885, Oberlander 1891, Fürbringer 1892, Hoffmann 1891, Keersmœker 1895, Cohn 1898, Golberg 1899, Gassmann 1900.

Nous étudierons successivement l'état de la glande prostatique, son contenu, et enfin nous signalerons brièvement les lésions de voisinage.

Glande. — Les deux éléments constitutifs, tissu glandulaire et tissu conjonctif, subissent des transformations variables qui font diviser selon le cas les prostatites en glandulaires ou parenchymateuses et en conjonctives ou interstitielles (Hoffmann et Keersmœker). En réalité, cette division n'est pas aussi tranchée, les deux formes existant simultanément dans la prostatique chronique, nous la conserverons néanmoins pour plus de clarté.

Lésions parenchymateuses. — Ces lésions portent sur

le *veru montanum*, sur la glande, sur les vaisseaux éjaculateurs ; elles revêtent des formes diverses depuis un simple état catarral jusqu'à la formation d'abcès.

A un premier stade les lésions consistent en tuméfaction, en desquamation catarrale pure ou légèrement purulente, elles se localisent le plus souvent au *veru montanum* : l'extension se fait le long des conduits excréteurs.

A une époque plus avancée de la maladie, l'épithélium glandulaire desquammé prolifère, remplissant les cavités glandulaires d'un infiltrat de consistance variable. Cet infiltrat contient, en outre des débris épithéliaux, des corpuscules amyloïdes et des leucocytes. Il ne présente en général aucune tendance à la suppuration, mais au contraire à la rétraction.

Les orifices des canaux excréteurs sont souvent dilatés, quelquefois considérablement ; les uns restent ouverts, d'autres sont bouchés, ce qui conduit à de véritables dilatations kystiques et à la formation d'abcès.

Lésions conjonctives. — Elles sont constantes, pouvant être localisées ou généralisées. Le tissu conjonctif prolifère : si les lésions sont récentes et que le tissu glandulaire soit enflammé, il y a hypertrophie partielle, irrégulière et bosselée ; à la coupe la prostate est molle, d'aspect foncé, rouge ou violet (Thomson). Quand les lésions sont anciennes, la glande présente une hypertrophie diffuse régulière et dure, elle a un aspect pâle brun sale, elle est scléreuse (Frisch).

Après l'inflammation, le tissu conjonctif peut ou bien se scléroser, l'organe se rétracte, formé de tissu fibreux, c'est la forme atrophique. Ou bien, au contraire, les cavités s'agrandissent, le tissu conjonctif glandulaire disparaît en grande partie, laissant de minces cloisons qui

séparent des kystes purulents. La prostate toute entière peut ainsi être transformée en une vaste cavité purulente.

Contenu. — D'après Fürbringer, l'écoulement de la prostate chronique est trouble, épais, jaunâtre ou rougeâtre ; il contient de petits grumeaux et des amas cellulaires. Au microscope on peut y déceler la présence de cellules cylindriques, des lambeaux entiers de conduits excréteurs, des éléments figurés du pus, des hématies, des corpuscules prostatiques et des grains de lécithine.

Lésions de voisinage. — L'inflammation s'étend souvent aux organes voisins, ces derniers pouvant du reste être le point de départ de la prostatite chronique; l'urèthre postérieur, les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs, le col de la vessie sont douloureux et indurés. Le rectum et l'anus peuvent devenir le siège d'hémorroïdes, d'indurations, de contracture anale. Enfin il existe des foyers infectieux latents qui peuvent par la suite envahir tout le système génital, produisant chez l'adulte des abcès, une orchite ; dans d'autres cas ils arriveront à une paralysie complète du système glandulaire énormément dilaté, produisant ces complications infectieuses si graves chez les vieillards.

D'après les caractères pathologiques que nous avons étudiés plus haut, nous pourrions, comme il est classique de le faire, diviser les prostatites chroniques en folliculaires, parenchymateuses, catarrhales chroniques, suppuratives chroniques ou en diffuses et suppuratives et en d'autres variétés encore. « Toutes ces divisions, dit Frisch, n'ont aucune valeur au point de vue clinique pur, car elles ne se différencient pas nettement les unes des autres et, au surplus, ces différentes variétés peuvent coexister dans le même organe. »

SYMPTOMATOLOGIE

Les prostatites chroniques sont souvent méconnues, fréquemment latentes, elles passent inaperçues. La douleur peut faire défaut, et aussi les autres signes fonctionnels. « Ce n'est pas la prostatite chronique qui est rare, dit Rosenberg, et c'est aussi l'opinion de Frisch et de Féléki, mais bien la prostatorrée qui est un symptôme infidèle. » On pourrait en dire autant des autres symptômes, car s'ils ne sont pas toujours absents, du moins sont-ils masqués, dans grand nombre de cas, par les manifestations d'une uréthrite chronique postérieure concomitante. Nous les diviserons en symptômes fonctionnels et en symptômes physiques.

Symptômes fonctionnels. — Parmi ceux-ci nous rangerons la douleur, les troubles de la miction et de l'éjaculation, enfin un état particulier du système nerveux.

Douleur. — C'est un des smptômes les plus constants. Elle est spontanée, rarement intense et donnant plutôt une sensation de gène vague qu'une impression doulouloureuse bien définie. La miction, la défécation la provoquent et la modifient ; le patient ressent alors soit des élancements, soit des démangeaisons, soit des brûlures.

L'examen chirurgical, cathétérisme ou toucher rectal, la réveillent ou l'accroissent.

Toute la région prostatique est douloureuse. La douleur ne se limite pas à la glande; elle s'irradie, sous forme de pesanteurs vers l'anus, ce qui est le cas le plus fréquent, vers le périnée, à la racine des bourses ; ensuite vers le pli de l'aine, le pubis, la racine des cuisses, le sacrum, le coccyx.

Elle est d'intensité variable, depuis la simple pesanteur jusqu'aux douleurs pongitives, déchirantes, térébrantes. Elles peuvent devenir excessives et prendre l'aspect de véritables accès névralgiques. Les névralgies testiculaires ne sont pas exceptionnelles.

Au moment des paroxysmes, la douleur peut faire confondre la prostatite avec l'urétrocystite, ou au contraire peut servir à diagnostiquer une prostatite latente inaperçue.

Troubles fonctionnels. — Ces troubles portent à la fois sur la miction et l'éjaculation : ils sont caractérisés par la douleur, la fréquence ou la difficulté des mictions et éjaculations. Ces troubles sont dus dans certains cas à l'hypertrophie de la glande prostatique, dans d'autres à son état inflammatoire ; le plus souvent ils sont la conséquence de ces deux causes réunies.

a) Miction. — Les mictions sont fréquentes et douloureuses. La répétition du besoin a lieu, soit pendant le jour quand les malades se remuent, soit la nuit lorsque la prostate est congestionnée par le décubitus dorsal. Après l'émission d'urine, le patient ressent un ténesme d'autant plus pénible que sa vessie est vide. Le jet est interrompu fréquemment par suite de crampe du sphincter.

Il peut du reste être modifié, non seulement dans son intensité, mais encore dans sa forme (voir obs. II).

La dysurie n'est pas rare, il faut un certain temps au malade pour émettre son urine (Tilden et Watson). Enfin il peut y avoir de la rétention passagère. Frisch a pu trouver jusqu'à 166 et même 250 centicubes d'urine dans la vessie.

b) Ejaculation. — Les fonctions sexuelles présentent de nombreux troubles ; elles sont d'ordinaire médiocres. Au moment de l'éjaculation la douleur est ressentie au niveau de l'urèthre postérieur et du rectum. La sensation voluptueuse du coït est affaiblie, l'érection incomplète, les pollutions nocturnes fréquentes (voir obs. V).

Etat particulier du système nerveux. — De plus et particulièrement sur les terrains prédisposés par leur constitution neuro-arthritique, à ces troubles viennent se greffer diverses manifestations nerveuses. Notons des fourmillements dans les membres inférieurs, sensation de chaud et de froid le long de la colonne vertébrale, des douleurs névralgiques diverses du plexus lombo-sacré, enfin de la neurasthénie et une névrose prostatique particulière qui se manifeste sous les trois formes décrites par Payer :

1° Hyperesthésie totale (rare) ;

2° Hyperesthésie de l'urèthre prostatique seul (très fréquente au contraire) ;

3° Irritabilité de la partie musculaire constituant le sphincter vésical.

Symptômes physiques. — Le symptôme qui frappe le plus les malades, c'est l'hypersécrétion du liquide prostatorréique, d'ordinaire peu abondante. La prostatorrée

se produit pendant la défécation ou la miction et s'accompagne de démangeaisons désagréables ; elle est suivie d'un état de faiblesse et d'abattement considérables. Mais elle peut aussi apparaître sous forme d'une goutte muqueuse hyaline, blanche ou jaunâtre, ou encore sous forme d'un petit jet, ce qui fait souvent penser à la spermatorrée. La pression, le massage la produisent. Mais ce n'est point là un symptôme constant. Sur 100 malades atteints d'uréthrite chronique, Rosenberg a trouvé 35 fois de la prostatite chronique et seulement 3 fois de la prostatorrée. Frisch est arrivé au même résultat après avoir observé plusieurs centaines de malades.

Ce n'est pas uniquement du liquide prostatique qui s'échappe du méat dans la prostatite chronique, mais il se produit en même temps très souvent un écoulement spermatique, sous forme de pollutions nocturnes fréquentes. Quel est le mécanisme de cette spermatorrée ? Il semble qu'elle soit due à une vésiculite qui est une complication fréquente de la prostatite. Toutefois, au début même de l'inflammation, elle peut se manifester, c'est qu'alors la prostate enflammée réagirait par la voie centripète sur le centre génito-spinal de la moelle, déterminant ainsi, par voie réflexe, l'éjaculation.

Tels sont les symptômes fonctionnels et les signes physiques qui peuvent nous être fournis par le malade. Mais à côté il en est que seul l'examen direct pratiqué par le médecin lui-même met en évidence, ce ne sont pas les moins précieux. Les prostatites chroniques ne s'accompagnent pas toujours du tableau symptomatique que nous venons de décrire, la douleur est légère, atténuée, elle peut, dans la moitié des cas, ne se manifester que d'une façon insensible (Le Fur), les troubles urinaires et rectaux peuvent rester inaperçus.

Il importe donc de parachever l'examen fonctionnel du malade par son examen physique. Nous examinerons successivement l'*urèthre*, le *rectum*, les *urines*.

Urèthre. — Deux modes pour nous d'investigation : l'explorateur à bout olivaire de Guyon, ou le cathéter de gomme et l'uréthroscope. Naturellement les conditions nécessaires d'asepsie et de douceur dans l'exploration sont ici, plus que dans tout autre circonstance, d'une impérieuse indication. Le cathétérisme nous renseigne et sur l'état de l'urèthre et sur celui de la prostate.

Du côté de l'urèthre la constatation de la présence d'un rétrécissement serré ou large est chose importante, car nous avons là la preuve qu'une ancienne blennorragie prétendue guérie avait simplement adopté une marche lente et infectieuse; de là il est facile à rattacher la prostatite à l'agent gonococcique comme processus étiologique et d'en tirer des renseignements au point de vue thérapeutique. Par l'examen uréthroscopique nous pouvons du reste vérifier ce que le cathéter nous a appris.

Du côté de la prostate, phénomènes douloureux, contractures, surtout signes physiques, déterminés par une glande hypertrophiée ou irrégulièrement bosselée. De plus cet examen, par une sorte de massage prostatique, donne parfois issue à un liquide muqueux ou trouble qui n'est autre que du liquide prostatorréique mêlé du reste fréquemment de quelques gouttes de sang. Ici l'examen endoscopique qui nous était somme toute précieux pour apprécier l'état de l'urèthre, ne nous est d'aucun secours.

Rectum. — Par le toucher rectal nous trouvons des renseignements d'un intérêt plus grand, d'une importance

plus manifeste. On ne peut comparer l'impression donnée par le cathéter dans l'urètre, et la facilité avec laquelle le doigt introduit dans le rectum peut se rendre compte des modifications soit dans le domaine de la sensibilité, soit sur le terrain anatomique pur. On se sert du reste de ces deux méthodes employées concurremment.

Nous avons assez parlé des phénomènes douloureux de la région prostatique, et nous avons montré qu'à côté des faits d'hyperesthésie spontanée, il y avait les troubles douloureux provoqués. Mais plus nettes, plus palpables peut-on dire sont les modifications de la glande, volume ou consistance.

Donc, notre malade étant en position de décubitus dorsal, la vessie et l'intestin vides, nous introduisons dans le rectum notre doigt (le doigt long que souhaite Guyon), après l'avoir lubréfié. Le plus souvent les modifications sont peu considérables, on constate une hypertrophie légère de la prostate.

Mais l'affection à un stade plus avancé se manifeste de façon plus nette et plus claire. Nous trouvons alors la prostate régulièrement modifiée dans sa consistance; donnant au doigt qui touche une sensation uniforme de mollesse ou de dureté. En général, la prostate est plutôt irrégulière, bosselée, surtout si nous l'examinons au moment de ces poussées aigues fréquentes en somme dans l'affection chronique que nous étudions.

Il y a plus encore: par la pression exercée sur la glande, nous recueillons parfois certains caractères intéressants du côté des sécrétions uréthrales. Il est facile de rendre ce massage volontaire et réglé, exerçant avec la pulpe du doigt une pression légère et méthodique, « par mouvements de meule », comme le recommande Lecomte. On voi alors apparaître et sourdre par le méat des gouttes

d'aspect variable, allant de l'aspect blanchâtre à la cohésion visqueuse, parfois normales, comme le dit Fürbringer, toujours pathologiques, prétend Robin, présentant par suite des caractères microscopiques, retrouvés du reste dans l'urine, et ceci nous ramène à parler des modifications urinaires.

Il est bon pourtant d'ajouter que le toucher rectal ne se borne pas à l'examen de la prostate et qu'il nous renseigne aussi sur l'état de la vessie, des vésicules séminales, de la périprostatite, surtout des indurations et des douleurs provoquées.

Examen des urines. — Quoique non pathognomoniques, confondant ce qui est du ressort de la prostate et ce qui appartient en propre à l'urèthre, et du reste combien de fois ces deux affections sont simultanées, l'examen des urines par les modifications qu'y apporte la prostatite chronique a son intérêt pratique.

Faisant uriner notre malade successivement dans trois verres, nous trouvons dans le premier des filaments s'il y a, comme c'est le cas habituel, coïncidence d'uréthrite chronique. Dans le second et troisième verre les renseignements ont une valeur plus grande, surtout si nous avons fait précéder la miction d'un massage prostatique méthodiquement réglé, qui aura chassé dans l'urèthre une partie de la sécrétion glandulaire. Nous constatons alors du côté des urines les modifications suivantes : aspect très variable, légèrement troubles, abondamment granuleuses avec dépôt grisâtre abondant surtout dans le fond du second verre ; les urines, on le comprend, offrent une gamme très variée en raison directe de l'intensité et de l'âge des lésions.

La chaleur fait précipiter une substance blanchâtre

qui, d'après Hospital, serait plutôt voisine de l'albumine que de l'albumine vraie, puisque il y a dissolution dans l'acide azotique. Pour Ultzmann, ce serait là un phénomène transitoire indépendant de toute lésion rénale.

A cet examen physico-chimique doit se joindre l'étude microscopique, soit d'une gouttelette prise à la sortie du méat après massage de la glande, soit du dépôt obtenu par la centrifugation des urines. Nous rencontrons :

1° Des spermatozoïdes déformés réduits à des débris de tête, indice d'une extension inflammatoire aux vésicules séminales ;

2° Des cellules épithéliales, des granulations prostatiques, des leucocytes en abondance, des cylindres, du pus ;

3° Des microbes enfin, pouvant manquer dans bien des cas (Voir Obs. IV).

Tout ceci nous l'avons étudié au chapitre *Anatomie pathologique* ; le répéter serait tomber dans des redites sans intérêt. On voit donc, par l'exposé de cette symptomatologie fonctionnelle, autant que physique, que la prostatique chronique est fort variable. Affectant tantôt une allure violente, douloureuse avec viciations des processus physiologiques ; tantôt, et cela n'est pas rare, prenant une marche latente, caractéristique surtout par les signes physiques que l'on ne pense pas toujours à étudier. C'est une affection qui demande à être recherchée. On peut lui appliquer ce précepte de Guyon et Segond : « Il est aussi urgent de toucher fréquemment la prostate des urinaires que d'ausculter le cœur des rhumatisants. »

COMPLICATIONS

Les complications sont fréquentes au cours de la prostatite chronique, et c'est souvent même à la faveur de l'une d'elles que se révèle une prostatite latente et insidieuse, et qu'on peut en faire le diagnostic jusque-là méconnu. Leur étude est donc nécessaire et intéressante.

Nous les diviserons en :

1° Complications tenant à l'état infectieux de la prostate et des organes voisins ;

2° Complications tenant à la gêne fonctionnelle ;

3° Complications tenant à des altérations de l'état général.

1° Parmi les premières, nous rangerons la *cystite* ou l'*uréthrite* dont il faut savoir rapporter la cause à la prostatite ignorée. Elle s'accompagne de douleurs très vives dans la région hypogastrique et de mictions très fréquentes.

Il se produit aussi, par suite de l'obstruction des glandes prostatiques, des abcès, habituellement bénins, mais qui peuvent se transformer en abcès chauds. Ils s'ouvrent la plupart du temps dans l'urèthre et se cicatrisent très lentement (Le Fur) (Voir Obs. IV).

La *vésiculite* est très fréquente, elle est due aux rapports étroits qui unissent les canaux éjaculateurs aux canaux excréteurs de la prostate.

L'*épididymite* est une complication plus rare ; elle est caractérisée par une augmentation de volume et de la douleur dans la région du scrotum.

L'*orchite* se traduit par de la douleur et du gonflement testiculaire.

La *cowpérite*, rare, se révèle par une vive douleur périnéale ; au toucher, on sent une nodosité circonscrite en arrière du bulbe uréthral, et on a un léger écoulement muco-purulent par le méat urinaire.

2° Parmi les deuxièmes, nous avons des troubles de la fonction urinaire et des fonctions génitales. Nous avons décrit au chapitre Symptomatologie ces différentes complications qui accompagnent trop souvent les prostatites chroniques, pour qu'on ne doive pas les décrire comme symptômes de ces affections (Voir Obs. V).

3° En dernier lieu on a des manifestations nombreuses du côté de l'état général. Nous n'insisterons pas sur l'état nerveux particulier des prostatiques déjà mentionné ; mais nous signalerons des troubles de l'appareil digestif : dyspepsie, anorexie ou boulimie, diarrhée, et de l'appareil circulatoire : palpitations de cœur (Hospital), battements violents, dyspnée (Voir Obs. I, II et V).

Enfin, nous citerons encore les complications articulaires (arthrite, arthralgie, rhumatisme) dépendant si bien de la prostatite chronique qu'on les a vues disparaître comme par enchantement, après la guérison de la prostatite concomitante (Voir Obs. II).

DIAGNOSTIC

Masqué par les symptômes des affections coexistantes, le diagnostic de la prostatite chronique est difficile à porter. Les réponses du malade, son examen clinique restent trop souvent insuffisants pour permettre d'affirmer l'existence de la maladie.

Nous ne nous occuperons point ici du *diagnostic de l'existence* de la prostatite chronique. Nous avons longuement parlé au chapitre Symptomatologie des éléments qui permettent de faire un diagnostic. Contentons-nous de rappeler brièvement que la méthode la plus sûre consiste à rechercher les symptômes physiques qui nous sont fournis par l'*exploration de l'urèthre*, *du rectum*, *et l'examen des urines*.

La difficulté est d'éliminer les autres affections qui revêtent le tableau symptomatique des prostatites et de faire un *diagnostic différentiel*.

Nous ne citerons que pour mémoire la vésiculite, l'épididymite, complications rares de l'affection que nous étudions. Elles sont faciles à distinguer par la palpation qui nous fait sentir les modifications dont ces organes sont le siège.

La cystite nous arrêtera davantage, le diagnostic est parfois malaisé. Néanmoins elle nous présente des mic-

tions plus fréquentes, moins copieuses, se terminant avec douleur. L'examen de la prostate, le siège différent des douleurs spontanées qui sont abdominales, hypogastriques, suspubiennes, médianes dans la cystite, nous empêcheront de confondre les deux affections.

Les calculs vésicaux avec irradiations douloureuses et mictions sanglantes ont pu en imposer pour une prostatite ; mais la présence du corps étranger n'échappera pas à une exploration attentive et d'autre part l'examen de l'écoulement prostatorréique nous mettra à l'abri de l'erreur.

On pourra confondre une prostatite avec une tumeur maligne de la prostate. Les antécédents du sujet, son âge, l'évolution de la maladie seuls pourront nous renseigner.

Enfin, l'hypertrophie sénile de la prostate sera d'un diagnostic difficile. Bien des fois, d'ailleurs, elle n'est que « l'évolution ultime de la prostatite chronique de l'adulte et aussi d'un grand nombre d'états pathologiques divers » (Le Fur).

PRONOSTIC

La guérison des prostatites chroniques est fort rare. Sous l'influence d'une thérapeutique active continuée très longtemps, et d'une hygiène sévère, de longues périodes de rémission se peuvent produire. La douleur s'atténue, disparaît même complètement, l'écoulement se tarit, la glande reprend ses proportions premières. Mais que survienne l'incident en apparence le plus léger, que le malade se laisse aller à quelques écarts passagers : excès de table, excès vénérien ; qu'il ait subi l'action du froid, qu'il ait eu recours à une injection intempestive, une nouvelle recrudescence de la maladie se produira avec exacerbation de tous les symptômes.

Il en sera de même, et le pronostic en deviendra bien plus sombre, si une des complications énumérées dans le précédent chapitre se produit. Ce sont ces conséquences éloignées : infection de l'appareil génital, hypertrophie de la prostate, état nerveux spécial (avec lequel il faut bien compter) qui réclament un traitement énergique et continu.

Toutefois l'affection est compatible avec une longue survie ; le malade atteint de prostatite chronique peut guérir si par une hygiène rationnelle et par l'observation stricte du traitement, il se met à l'abri des complications (Voir Obs. III, IV).

TRAITEMENT

La meilleure manière de soigner la prostatite devenue chronique, consiste à continuer le traitement de la période aiguë jusqu'à guérison complète : lavements chauds, massage, instillations dans l'urèthre postérieur, et lorsque cet état de subacuité a disparu, s'il persiste quelques filaments, il faut ajouter aux lavements, massage, instillation, le lavage d'irrigation, la dilatation avec l'appareil de Kollmann.

N'oublions pas que le traitement général a, dans ces cas-là, une grande importance : le séjour à la campagne, l'hydrothérapie rendent de très grands services.

On rencontre souvent des cas de prostatites qui exsistent depuis plusieurs années et qui ont été méconnues, à cause de la bénignité absolue des troubles fonctionnels locaux. Dans ces cas, il faut soigner l'urèthre, la prostate, l'état général.

On recommandera aux malades de supprimer le coït ou d'en user avec une grande modération. Ils éviteront la constipation par des laxatifs et par l'emploi des lavements; ces lavements n'ont pas seulement pour but de combattre la constipation, mais aussi et surtout de décongestionner la prostate. Les lavements chauds à 45°-50° donnent des résultats supérieurs aux lavements froids, lesquels ont

parfois pour inconvénient de provoquer des douleurs et des réactions congestives dans tous les organes pelviens.

A côté des lavements, et à certain point de vue préférable, il faut faire une place à l'irrigation continue par des appareils constitués par une canule à orifice de sortie un peu moins large que l'orifice d'entrée.

Le massage doit être utilisé toutes les fois que la glande est un peu augmentée de volume. Il faut aller avec une grande douceur quand la glande est sensible à la pression du doigt et faire le massage digital en allant de la périphérie au centre.

Une séance quotidienne suffit ; souvent même il y a bénéfice à n'en faire que 2 ou 3 par semaine. Quand on est renseigné sur la tolérance de la prostate on peut substituer les masseurs prostatiques au doigt (masseur de Feléki, de Frisch). M. le professeur Tédenat se sert d'un Hégard double, légèrement courbé en S, qui lui paraît d'un maniement plus facile que le Féléki, aussi bien entre les mains du chirurgien qu'entre les mains du malade.

S'il y a des douleurs, on peut conseiller au malade des suppositoires avec morphine et belladone qu'il mettra deux fois par jour.

Divers auteurs ont conseillé des pommades iodurées savonneuses, des pommades ou suppositoires à l'ichthyol. Tous ces agents peuvent agir quand on les introduit dans le rectum, mais quelquefois ils irritent la muqueuse.

Le traitement de l'urèthre consistera à soigner le rétrécissement en s'entourant de toutes les précautions d'antisepsie générale et locale.

L'antisepsie générale sera réalisée par l'urotropine, 1 à 2 grammes en cachets pris matin et soir, par des

capsules d'eucalyptol, d'essence de térébenthine, d'helmitol.

On fera des instillations dans l'urèthre antérieur et dans l'urèthre postérieur. Le protargol 2 à 4 °/₀, l'argyrol sont efficaces et beaucoup moins douloureux que le nitrate d'argent. Presque toujours on se trouvera bien, lorsque l'urèthre paraîtra à peu près complètement désinfecté, de faire les dilatations avec le Kollmann, la séance ayant lieu tous les 5 jours et se faisant par progression lente : 3 à 4 numéros par séance. On est vraiment surpris de la rapidité avec laquelle chez beaucoup de malades les troubles urinaires et les troubles génitaux : impuissance, dyspermie, brady- et takyspermatisme) disparaissent sous l'influence du traitement dont nous venons d'esquisser les grandes lignes (Voir Obs. V).

Il faudra savoir en employer les divers éléments avec un art sagace : mais il faudra savoir recourir aussi, pour remonter la santé générale et combattre la neurasthénie, au traitement général.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. Lévy)

Henri C..., cultivateur, 46 ans, salle Bouisson, n° 28. Entre le 13 mars 1907, dans le service de M. le professeur Tédenat, pour troubles de la miction.

Antécédents. — Il y a 16 ans, blennorragie violente, durée 4 ans environ. Depuis le malade a conservé la goutte matinale.

Il y a deux ans, a subi dans le service l'uréthrotomie interne pour rétrécissement ; depuis, tous les mois, le malade s'est passé des Béniqués, il est arrivé au n° 56.

Depuis un an le malade dit que la miction n'était pas régulière ; le jet était irrégulier, en pomme d'arrosoir, en tire-bouchon. Au début le jet est assez fort, mais vers la fin le malade pisse sur son pantalon.

État actuel. — Même histoire. De 10 à 12 mictions par jour ; 3 par nuit. Le malade a de la rétention urinaire, de la difficulté pour uriner. Il éprouve un retard, il est obligé de se mettre debout, de faire des efforts.

L'urine est assez claire ; elle contient des filaments.

A l'examen à la sonde à bout olivaire, il n'y a pas de rétrécissement appréciable ; on passe le Béniqué 58. Quant à la prostate, elle est sensible et légèrement augmentée de volume.

Troubles nerveux notables ; le malade, anxieux, se préoccupe

beaucoup de son état, il désespère guérir. Abattement, céphalée très fréquente surtout la nuit.

Pas d'amaigrissement notable.

L'appétit est bon, les digestions aussi, pas de constipation.

Traitement : Instillations de protargol au 1/50 tous les 2 jours, massage de la prostate, urotropine 1 gr. 50, régime lacto-végétarien le soir.

16 mars. — A la suite du massage prostatique les filaments ont augmenté de volume dans l'urine, on a de la prostatorrée.

28. — Le nombre des mictions a notablement diminué ; le malade ne se lève qu'une fois la nuit pour uriner.

3 avril. — Dilatation de l'urèthre au Kollmann. Massage de la prostate tous les deux jours.

6. Nouvelle séance de dilatation uréthrale au Kollmann.

8. Le malade, notablement amélioré, quitte le service ; il a bien moins de difficulté à uriner ; le jet ne s'échappe plus du méat en tire-bouchon, et le malade ne pisse plus sur ses souliers.

Il a subi durant son séjour dix séances d'instillations au protargol.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. Lévy)

Fulbert F..., 54 ans, boucher, salle Bouisson, lit 22, entré le 6 juillet dans le service de M. le professeur Tédenat.

Antécédents personnels. — Il a eu, il y a environ sept ans, une blennorragie dont la période aiguë a duré de 15 à 20 jours, et qui a été traitée par les lavages au permanganate et au sublimé. Le traitement a été fait pendant deux mois.

Depuis les urines ont été à peu près normales. Pas de mictions nocturnes. Une goutte le matin au réveil s'échappe du méat.

Le malade s'enrhume facilement ; il tousse d'habitude, surtout au réveil. Depuis quelque temps il émet des crachats épais, nummulaires. Légère dyspnée d'effort.

Il a eu une orchite double à quatorze ans par congestion, à la suite d'excès de masturbation.

Il y a un à deux mois, il a éprouvé de la gène à uriner (jet en tire-bouchon); sa force a diminué; de plus, il a ressenti des douleurs et un état rhumatoïde dans le membre inférieur gauche (la jambe est en flexion sur la cuisse, la cuisse en flexion sur le bassin et en abduction légère).

Etat actuel. — Rétention absolue, impossibilité complète d'uriner (remontant à 3 semaines). Cette rétention nécessite l'emploi d'une sonde à demeure. Douleur très vive, exacerbée par la rétention dans les régions anale et périnéale. Envies fréquentes d'aller à la selle. Depuis le sondage, émissions nombreuses d'urine. La nuit, dans le lit, la douleur périnéale s'exagère dans le décubitus dorsal.

Examen. — Poumon. En avant sous-crépitants à la base gauche; en arrière submatité et expiration très prolongée à droite. Cœur normal, pouls 82, artères dures. Appareil digestif : appétit diminué, constipation habituelle. Digestion pénible, la malade ne supporte que le régime lacté. Langue étalée, un peu sale, pas sèche.

Urines troubles, filaments, écoulement quotidien matinal.

Urèthre. Sensible au cathéter. L'explorateur à boule olivaire peut passer jusqu'à 20. Pas de rétrécissement, urèthre postérieur sensible.

Toucher rectal. Douleur : lobe gauche de la prostate présente un point très douloureux. La glande est augmentée de volume.

Traitement. — Bain de siège quotidien très chaud. Lavement bi-quotidien chaud. Urotropine 1 gr. 50. Sonde à demeure qu'on change tous les jours. Deux instillations au protargol dans l'urèthre postérieur.

18 juillet. — Depuis son entrée le malade a vu sa douleur diminuer notablement, les mictions sont moins pénibles, l'état rhumatoïde s'amende, l'amélioration est notable.

Le 22 juillet, M. le professeur Tédenat pratique un toucher rectal. Il trouve une prostate volumineuse et sent à la partie antérieure et interne du lobe droit un foyer en cupule. Péri-prostatite autour du lobe gauche. Notre Maître ordonne des lavements très chauds matin et soir, 5 ou 6 capsules de térébenthine par jour, une petite promenade, le repos génital.

Sous l'influence du traitement, le malade voit les symptômes douloureux s'atténuer. Avec l'amélioration de la prostatite se produit la disparition de l'état rhumatoïde.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Fièvre typhoïde. — Abcès de la prostate, survenu en pleine convalescence. Incision périnéale. — Guérison.

Jules P..., 23 ans, de bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde bénigne, la température a atteint 39°3 trois fois seulement. Douze bains froids du 4e au 15e jour. La convalescence régulière à partir du 23e jour. Tout allait bien lorsque au 32e jour (15 novembre 1904), le malade se plaint de besoins pénibles et fréquents d'uriner, de lourdeur rétropubienne et rectale. Le docteur Girou fait appliquer de grands cataplasmes sur l'abdomen, un suppositoire morphiné matin et soir après lavement chaud. La température est 38° 4, le 15 novembre au soir. Cet état persiste pendant trois jours sans modifications notables, puis le 19 novembre dans l'après-midi, le malade ne peut uriner ; les douleurs gravatives avec écoulements ano-rectaux sont plus pénibles.

20 novembre. — M. Tédenat appelé en consultation trouve une prostate volumineuse, douloureuse, mal limitée, dure avec œdème tout autour. Vessie distendue. T. 38°8. P. 120. Une sonde de Nélaton passe sans grandes difficultés, et laissée à demeure, permet d'évacuer en 3 fois à une heure d'intervalle 850 gr. d'urine non purulente. Bains de siège, lavements chauds. Sonde à demeure.

23. — La température varie entre 37°6 et 38°8. Malade souffre moins, la prostate est toujours tuméfiée, douloureuse à la moindre pression.

24. — Dans la soirée, douleurs plus vives, lancinantes, petits frissons. — Epreintes ano-rectales plus pénibles.

25. — M. Tédenat constate un vague ramollissement de la prostate très grosse toujours, mais un peu moins douloureuse qu'avant-hier.

26. — Incision périnéale (après anesthésie). Un verre à Bordeaux de pus sanguinolent (L'examen fait au laboratoire du professeur Kiener y montre le bacille d'Eberth à peu près pur.) Drain, — grandes compresses d'eau salée bouillie recouvertes de mackintosh. Soir, température 38°1, pouls 84. Malade très soulagé.

28. — Hier la température a été 37°1 et 37°8. Le malade souffre peu ; il continue à prendre un grand lavement chaud, matin et soir.

29. — Sonde à demeure supprimée. La miction a lieu avec quelques efforts toutes les heures environ. Urine claire, le malade prend 4 capsules d'essence de térébenthine par jour et de la tisane de chiendent depuis 5 jours.

30. — Mictions plus faciles et moins fréquentes environ toutes les deux heures.

6 décembre. — La suppuration a beaucoup diminué depuis 4 jours. Aujourd'hui le drain est supprimé. Mictions presque normales, sauf un peu de fréquence (toutes les 3 heures).

14. — Cicatrisation. Encore un peu d'augmentation de volume de la prostate. Le malade se lève depuis 3 jours, se nourrit, prend un bain de siège et continue ses lavements matin et soir. Guérison parfaite dès le 23 décembre.

A noter que le malade n'a jamais eu de blennorragie.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Anthrax de la région sous-maxillaire. — Accidents infectieux. — Abcès de la prostate. — Incision périnéale. — Guérison.

D..., 70 ans, docteur en médecine à N..., robuste, sans blennorragie antérieure, sans diabète, ni albuminurie.

10 mai 1906, petit anthrax occupant la région sous-maxillaire droite, traité par compresses antiseptiques et incision. Traînées de lymphangite avec températures variant de 37°5 à 39° du 12 au 20 mai. Vague ictère, inappétence.

21. — Urines louches, miction fréquente, pénible, pesanteur pelvienne et ano-rectale.

23. — Rétention d'urine nécessitant l'évacuation avec la sonde de Nélaton qui passe péniblement. Des bains de siège, des lavements chauds soulagent le malade dont l'état est grave (inappétence, langue saburrale, fièvre 39°, P. 100). Tédenat appelé, trouve la prostate très augmentée de volume, douloureuse à la pression. Elle est le siège d'élancements; sonde en caoutchouc à demeure. Urine lou-

che avec dépôt purulent. Lavements chauds, 1 gramme d'urotropine, bains de siège chauds 3 fois par jour.

26. — Petits frissons avant-hier et hier. La prostate a augmenté de volume; de dure elle est devenue un peu molle, toujours très douloureuse à la moindre pression du doigt. Vague fluctuation profonde. M. Tédenat pratique la prostatotomie périnéale avec l'aide des docteurs Brousson et Lapalle. Environ 250 grammes de pus bien lié, très fétide. Drain en caoutchouc.

Les accidents fébriles cessent dès le lendemain, les mictions sont possibles 2 jours après. La cicatrisation était complète le 12 juin, c'est-à-dire au 15e jour; les mictions faciles dès le 6e jour se faisaient toutes les 2 ou 3 heures. A la fin juin, miction comme avant, 4 ou 5 fois par jour, 1 fois la nuit. Le volume de la prostate et sa consistance étaient à peu près normaux.

Dans le pus, nombreux staphylocoques et quelques rares colibacilles.

Guérison parfaite (juin 1907).

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Prostatite chronique. — Rachialgie lombaire. — Impuissance

Léon B..., 34 ans, avocat. Pas d'antécédents héréditaires notables. Antécédents personnels : fracture de jambe à 18 ans bien guérie. Blennorragie à 20 ans, d'intensité moyenne; l'écoulement a persisté pendant cinq mois et a disparu sous l'influence d'injections de sulfate de zinc et de capsules Roquin. Depuis quatre ans, le malade se plaint de dyspepsie, de douleurs lombaires et sacrées, de pesanteur abdominale. Par périodes, il éprouve des besoins d'uriner plus fréquents et il urine deux ou trois fois la nuit, sans vraie douleur, sans effort. Enfin, depuis deux ans, il est complètement impuissant; pas d'érection suffisante, pas d'éjaculation. L'hydrothérapie, les frictions sèches, divers toniques employés n'ont donné lieu à aucun résultat. Sur les conseils du docteur Arrous, B.... consulte M. Tédenat le 10 janvier 1907.

Nombreux filaments dans l'urine qui est acide et émise avec un

peu d'hésitation, sans douleur, avec augmentation de fréquence sous l'influence de la bière, de la constipation. Le malade se plaint de pesanteurs lombaires, de douleurs à l'aine, aux fesses. La prostate est augmentée de volume, assez sensible à la pression ; les vésicules séminales, surtout la droite, sont légèrement tendues. L'exploration de l'urèthre avec les bougies à boule montre une vive sensibilité de l'urèthre profond. La boule 21 passe difficilement au niveau de la région lombaire.

Après massage de la prostate, l'urine rendue a un aspect savonneux et contient une grande quantité de filaments.

Du 15 au 30 janvier, le malade est soumis au traitement suivant: lavement chaud matin et soir ; 1 gr. d'urotropine par jour. Injection, instillation, tous les 2 jours, de 6 gr. d'une solution de protargol à 3 % par moitié dans les urèthres antérieur et postérieur.

Les filaments diminuent, sont plus légers, contiennent moins de globules de pus; les mictions sont moins fréquentes et tombent de 10-12 à 5-6 dans les 24 heures ; les douleurs diminuent, la dyspepsie s'atténue, grâce aussi à des boissons alcalines chaudes prises après les repas et à la diminution de l'alimentation carnée.

Du 5 février au 30 avril : lavements chauds deux fois par jour, massage quotidien de la prostate dont le volume et la sensibilité ont beaucoup diminué ; les vésicules séminales massées elles aussi sont encore un peu tendues. Tous les 5 jours, irrigation et dilatation avec l'instrument de Kollmann. M. Tédenat gagne 3 ou 4 numéros par séance et fait passer 1 litre et demi de diverses solutions (acide borique à 25 p. 1000, sulfate de cuivre à 3 p. 1000, oxycyanure de mercure à 1 p. 2000). — Il recommande au malade des bains de siège chauds (40°) et courts (10 minutes) tous les 2 ou 3 jours.

30 avril. — La dilatation Kollmann est portée jusqu'à 76, sans douleur. Miction normale à tous les points de vue. Urine claire avec seulement de temps en temps quelques filaments rares, longs, légers, purement épithéliaux. Toutes douleurs ont disparu, soit à la prostate, soit aux lombes, aux aines. — Les érections reviennent bien lentement et insuffisantes ; d'ailleurs M. Tédenat insiste pour qu'aucune tentative de coït ne soit faite. L'état moral, qui d'ailleurs n'avait jamais été franchement mauvais, s'améliore.

Pendant le mois de mai, séance de Kollmann tous les 8 ou 10 jours. Le malade prend un lavement chaud quotidien et fait lui-

même un massage avec l'instrument de Féléki. Il vit au grand air, fait des promenades.

A la fin de mai, aucune douleur, digestions bonnes. Erections suffisantes. En juin, hydrothérapie froide. — Urines claires, mictions normales. Le coït est pratiqué sagement, mais de façon régulière au point de vue de la durée et des sécrétions, une fois par semaine.

CONCLUSIONS

Les prostatites chroniques ne sont pas toutes d'origine gonococcique, il existe des observations incontestables de prostatiques n'ayant jamais eu de blennorragie. L'infection de la prostate peut se produire au cours d'une maladie générale, d'états infectieux, la glande devenant le siège d'une localisation du microbe virulent.

Les microbes le plus souvent rencontrés dans le pus des prostatites sont par ordre de fréquence le staphylocoque, le streptocoque, le coli-bacille, le gonocoque, enfin quelques anaérobies.

Dans la plupart des cas de prostatite chronique d'origine gonococcique, le gonocoque prépare le terrain aux autres microbes, qui après lui provoquent les lésions vraies, il sensibilise en quelque sorte les tissus à l'action ultérieure de ces microbes.

Les prostatites chroniques ne sont point incurables, cependant de nombreuses complications, la difficulté d'obtenir l'observation stricte d'un long traitement en rendent le pronostic réservé.

Le traitement consiste en lavements et bains chauds, instillations et irrigations, massage de la prostate ; il est complété par une bonne hygiène générale ; alimentation, repos, hydrothérapie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN. — Traité de chirurgie (Le Dentu et Delbet).

BÉRAUD. — Maladies de la prostate (Thèse agrégation, Paris 1902).

BOULOUMIÉ. — Considérations générale sur la pathogénie des maladies de la prostate et prostatite subaiguë (Trib. méd., Paris 1873).

DENIAU. — Essai sur l'inflammation subaiguë de la prostate chez les adultes (Th. Paris, 1865).

GUYON. — Des prostatites chroniques (Annales génito-urinaires, 1886 et 1887).

DESNOS. — Des prostatites grippales (Médecine moderne, Paris 1900, XI, 241-243).

DESNOS. — Abcès lat. de la prostate (Urologie, Paris 1899-1900).

CASTAN. — Deux cas de prostatite chronique (Urologie, Paris 1899).

GAILLARD. — De la prostatite chronique (Thèse Montpellier, 1902).

GUÉRIN-ALIDÉE. — De la prostatite subaiguë (Thèse Paris, 1879).

GASSMANN. — Note sur un cas de bactériurie avec quelques remarques sur le diagnostic des prostatites (Ann. génito-urinaires, fév. 1900).

GUÉPIN. — Formes curables de l'hypertrophie de la prostate (Gaz. des Hôpitaux, 22 avril 1898).

HOSPITAL. — De la prost. chron. (Thèse de Paris, 1865).

JANET. — Phénomènes de prostatite chronique (Ass. franç. d'urol., 1899).

KEERSMAECKER. — Diagnostic et traitement de la prostatite chronique (Annales Soc. belge de chirurgie, 1895).

LE FUR (R.). — Des prostatites chroniques et de leur traitement (Bul. de l'Ass. franç. d'urologie. Paris, 1902).

LECOMTE. — Prostatites chroniques (Thèse de Paris, 1902).
LECLECH. — Prostatites d'origine intestinale (Thèse Paris, 1903).
LEGUEU. — Sonde à demeure et infection urinaire (Ann. des mal. des org. génito-urin., janv. 1893).
LOEDWICH. — Dans le journal « Quarterly » de Dublin, 1859.
MONTAGNON. — De la fréquence des localisations et des reliquats prostatiques dans la blennorragie et de leur rôle dans la blennorrée (Lyon méd., 1885, n° 34).
NOGUÈS. — Vésiculité pseudo-membraneuse à coli-bacille ; épididymite et vaginalite consécutives (Ann. génit. urin., 1897).
ROSENBERG. Zur Kenntnis der Prostatitis chronica (Centralbl. für die Krankheiten der Har und Sexualorgane, 1896, p. 87).
SEGOND. — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon péri-prostatique (Paris, 1880).
VERDIER. — Maladie de la prostate (Thèse de Paris, 1838).
VOILLEMIER et LE DENTU. — Traité des maladies des voies urinaires, 1881).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 23 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!